

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

No 1014

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

NYSTROM Paulette, née SEPTEMBRE,

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris,
Née le 18 Janvier 1926, à Saint-Denis (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le 17 Décembre 1964

**ACTION ALLERGOLOGIQUE
SUR LA POLYPOSE NASALE.**

Président : Mr. Maurice AUBRY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6^e)
1968

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

NYSTROM Paulette, née SEPTEMBRE,

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris,
Née le 18 Janvier 1926, à Saint-Denis (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le 17 Décembre 1964

ACTION ALLERGOLOGIQUE SUR LA POLYPOSE NASALE.

Président : Mr. Maurice AUBRY, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6^e)

1968

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.),
 CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.),
 FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de),
 GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL
 (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR
 VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
 QUENU (J.), RICHTER (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.),
 TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR : Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)

mm.

Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- - -	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
- - -	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	(DESGREZ (P.)
Biologie médicale	(POLONOVSKI (J.)
Pharmacologie	BOURLIERE (F.)
Physiologie	LEVY (Mlle J.)
- - -	DEJOURS (P.)
Physique médicale	(KELLERSHOHN (L.)
- - -	(GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.),
Clinique cardiologique (Broussais).....	SOULIE (P.)
(Beaujon.....)	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin.....)	LEGER (L.)
Cliniques (Hôtel-Dieu.....)	PATEL (J.)
chirurgicales... (Pitié.....)	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine.....)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière.....)	SICARD (A.)
(Tenon.....)	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin).....	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais).....	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec).....	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades).....	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne).....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).....	CASTAIGNE (P.)

mm.

	(Broussais	MILLIEZ (P.)
	(Broussais	LENEGRE (J.)
	(Cochin	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climato-		
logie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédi-		
atrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique		
(Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré		
et des maladies de la nutrition		
(Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques (Baudelocque		LACOMME (M.)
obstétricales (Foch (Suresnes)		MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique		
(Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
- - - (Cochin)		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		
(Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puéri-		
culture (Saint-Vincent-de-Paul)		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie		
(Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie		
infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale		
et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		
(Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale		
(Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)

MM.

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopéd.	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

MM.

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(LAMBLING (A.)
	(LHERMITTE (F.)
Médecine	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C.)
	(COUINAUD (C.)
Anatomie	(GILLOT (C.)
	(HUREAU (J.)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
	(Pr. s. ch.
	(ABELANET (R.)
	(CHOMETTE (G.)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch.), Pr.s.ch.
	(NEZELOFF (Ch.),
	(ORCEL (L.)
	(PAILLAS (J.)

mm.

Anesthésiologie	(N. du BOUCHET (Mme) (KERN (E.) (VOURECH (C.) (BARBIER (P.), Pr.s.ch. (CHRISTOL (D.)
Bactériologie	(DAGUET (G.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.) (BAULIEU (Et.), M.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.), Pr.s.ch. (CORNILLON (P.)
Biochimie médicale	(DREYFUS (J.-Cl.) (GONNARD (P.) (JEROME (H.) (KRUH (J.) (LEGRAND (J.-Cl.) (NORMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.) (BENHAMOU (J.-P.) (BOIVIN (P.)
Biologie médicale	(HARTMANN (L.), (Pr. s. ch. (BOIRON (M.) (DENOIX (P.)
Carcinologie	(MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.) (CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Dermato-Syphiligraphie	(HEWITT (J.) (TOURAINE (R.) (HEITZ (F.), (M. Conf.
Electro-Radiologie	(LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.) (BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)

MM.

	(COUJARD (R.), Pr.s.ch.
	(DA LAGE
Histologie	(MAROIS (M.)
	(RACADOT (J.)
	(SCHRAMM (B.)
	(BESANÇON (F.)
Hydrologie	(CORNET (A.)
	(BLANCHER (G.)
	(CORRE-HURST (Mme L.)
Hygiène	(ROUSSEL (A.)
	(SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	(DUPONT (V.)
Maladies infectieuses	(LISSAC (J.)
	(RAPIN (M.)
	(ANTOINE (B.)
	(CROSNIER (J.)
Maladies métaboliques	(RICHT (G.)
	(SEBAOUN (J.)
	(BOURGUIGNON (A.)
	(FOURNIER (E.)
Médecine légale	(GUENIOT (M.)
	(HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
	(CAMBIER (J.)
	(CATHALA (H.)
	(ESCOUROLLE (R.)
	(GAUTIER (J.-Cl.)
Neuro-Psychiatrie	(LAPRESLE (J.)
	(LEREBoullet (J.)
	(PICHOT (P.)
	(TARDIEU (G.)
	(GRANJON (A.)
	(HERVET (E.)
	(LE LORIER (G.)
	(LEVY (J.)
	(LEWIN (D.)
Obstétrique	(MUSSET (R.)
	(ROBey (M.)
	(SENEZE (J.)
	(SUREAU (C.)
	(TCHOBROUTSKY (Mme C.)
	(THOYER-ROZAT (J.)

mm.

Ophtalmologie.....	(AUVERT (Mme B.)
	(BREGEAT (P.)
	(DUBOIS (A.)
	(FONTAINE (Mme M.)
	(SARAUX (H.)
Orthopédie.....	(DUPARC (J.)
	(MAURER (P.)
	(MEARY (R.)
	(POSTEL (M.)
	(RAMADIER (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie.....	(DEBAIN (J.)
	(PIALOUX (P.)
	(SERGENT (H.)
	(GOLVAN (Y.)
Parasitologie.....	(HQ THI SANG (Mlle)
	(LAPIERRE (J.)
	(BARCAT (J.)
	(BINET (J.-P.)
	(BLONDEAU (Ph.)
	(CERBONNET (G.)
	(CHATELIN (C.-L.)
	(DAUTRY (P.)
	(DEMIRLEAU
	(DUBOST (Cl.)
	(FAUREL (J.)
	(FLABEAU (F.)
	(GALEY (J.-J.)
	(GARBAY (M.)
	(GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale.....	(GAUDART d'ALLAINES
	((Cl. de)
	(GERMAIN (A.)
	(LATASTE J.)
	(LOYGUE (J.)
	(MAILLARD (J.-N.)
	(MERCADIER (M.)
	(NATALI (J.)
	(PELLERIN (D.)
	(PERROTIN (J.)
	(PREMONT (M.)
	(ROBERT (H.)
	(THOMERET (G.)
	(VAYSSE (J.)

mm.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	(BERTHAUX (P.)
	(COTTENOT (Fr.)
	(LÖEPER (J.), Pr.s.ch.
Pathologie expérimentale.....	(MAURICE (J.)
	(MIKOL (Cl.)
	(PAUPE (J.-R.)
	(ACAR (J.)
	(AUQUIER (L.)
	(AUSSANNAIRE (M.)
	(BEAUMONT (J.-L.)
	(BERNIER (J.-J.)
	(BOUVIER (J.)
	(BOUVRAIN (Y.)
	(BRISSAUD (H.)
	(BROCARD (H.)
	(BUGE (A.)
	(CANIVET (J.)
	(CARLOTTI (J.)
	(CATINAT (J.)
	(CHRETIEN (J.)
	(CLOAREC (M.)
Pathologie médicale.....	(COBLENTZ (B.)
	(CONTAMIN (F.)
	(COURY (C.)
	(DEBRAY (J.)
	(ETIENNE (J.-P.)
	(FREZAL (J.)
	(FRITEL (D.)
	(FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	(GRIVAUX (M.)
	(HAZARD (J.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
	(HOUSSET (E.)
	(LAGRUE (G.)
	(LESOBRE (R.)
	(LEVEQUE (B.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NENNA (A.)
	(NICK (J.)
	(POULET (J.)

mm.

Pathologie médicale	(ROYER (P.) (TCHERDAKOFF (Ph.) (THIBAUT (Ph.) (TOURNEUR (R.) (VILLIAUMEY (J.) (WOLFROMM (R.) (ALAGILLE (D.) (ALISON (J.) (CANLORBE (P.) (GORIN (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.)
Pédiatrie-Puériculture.....	(LESTRADET (H.) (MALLET (R.) (MANDE (R.) (MINKOWSKY (A.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (REY (J.) (RIBIERRE (M.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.)
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.) (BARRES (G.) (DURAND (J.) (GIRARD (Fr.), M. Conf.
Physiologie.....	(HUGELIN (A.) (LAURENT (D.) (SCHERRER (J.), Pr.s.ch. (VASSEUR (B.) (CHANTEUR (J.) (COURSAJET (J.) (GREMY (F.), M. Conf.
Physique médicale.....	(MILHAUD (G.) (PAGES (J.-Cl.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J.-C.), Pr.s.ch. (TUBIANA (M.), M. Conf. (DECROIX (G.) (ISRAEL (L.)
Pneumo-phtisiologie.....	(MEYER (A.) (RENAULT (P.) (SORS (Ch.)

MM.

Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (DUBOST (J.)
Radiologie médicale	(LEFEBVRE (J.) (MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.) (CAUHEPE (J.) (CERNEA (P.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.), M.C.Agr. (CREPY (Cl.) (FLEURY (R.) (GRELLET (M.) (CHASSAGNE (P.) (FOUET (P.)
Thérapeutique	(LABET (R.) (MARCHE (J.) (AUVERT (J.)
Urologie	(MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.) (RAMBERT (P.)
Clinique médicale	(THIEFFRY (S.) (GRASSET (J.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.) (MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DÉTACHÉS
DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie HAUDUROY (P.), Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif..... Mlle CHAINTREVIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs..... Mlles DUMAITRE (P.),
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Mlle LAURENT (H.)
Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MES PARENTS

auxquels je dois tout.

A MES FILLES

avec ma profonde affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. A U B R Y

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE,

le Docteur Jean BOURDIAL

Professeur au Collège de Médecine

A qui je dois le sujet de
cette thèse et de précieux
conseils ;

Avec mes vifs remerciements
et mon entier dévouement.

Au Professeur René WOLFROMM

dont l'enseignement m'a
été très précieux.

En témoignage de ma
reconnaissance.

Au Docteur Yves LALLEMANT

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

dont les bienveillants
conseils m'ont beaucoup
appris.

Avec l'expression de ma
reconnaissance.

Au Docteur Robert NATALI

Assistant des Hôpitaux de Paris

Qui, en toute occasion,
depuis mon Externat, m'a
conseillée, encouragée,
aidée.

Qu'il trouve ici l'assu-
rance de ma profonde
gratitude et de mon sincère
dévouement.

Au Docteur Jacques SCLAFER

Auprès de qui j'ai trouvé
un accueil toujours bien-
veillant, une parfaite
courtoisie, et qui m'a
enseigné, outre sa disci-
pline, la valeur des
qualités humaines.

Aux Attachés du Service O.R.L.
de l'Hôpital Beaujon

les Docteurs Paul CALLY
Jean FLIEDER
Claude GUERIN
Jean RACHINEL

dont l'amitié m'a été
précieuse.

Au Docteur Etienne CHOPPY

qui, patiemment, a guidé
mes premiers pas en
allergologie.

Qu'ils soient tous assurés de
mes sentiments très amicaux.

ACTION ALLERGOLOGIQUE SUR LA POLYPOSE NASALE

**

INTRODUCTION

L'origine allergique de la polypose naso-sinusienne est généralement admise actuellement.

Cette affection, aux récidives désespérantes, apporte bien des déceptions au rhinologiste et, il faut l'avouer, dans l'état actuel de nos connaissances, à l'allergologiste également.

On aboutit ainsi à la situation suivante :

- L'oto-rhino-laryngologiste, même quand il est ouvert aux possibilités thérapeutiques de l'allergologie, manque de confiance en son action sur ce point particulier et, négligeant de faire appel à elle, s'efforce d'enrayer, par les moyens dont il dispose, cette affection qui n'est pourtant que la manifestation d'une maladie générale.

- L'allergiste, de son côté, considère les techniques O.R.L. propres à soulager le malade avec une angoisse qui nous semble un peu excessive.

Nous voudrions essayer, non pas de trancher un problème dont la complexité provoque des discussions passionnées parmi les plus éminents spécialistes des deux disciplines : allergologie et O.R.L., mais de dégager une conduite pratique propre à soulager le malade de façon durable, sans exclusive contre l'un ou l'autre moyen.

PLACE ALLERGOLOGIQUE - HISTORIQUE

L'origine allergique de la polypose nasale a commencé à être évoquée depuis une dizaine d'années.

Auparavant, plusieurs théories avaient été avancées, sans entraîner l'unanimité de vues.

HIPPOCRATE fit une description de la maladie et prônait l'abstention "chirurgicale".

VIRCHOW fit entrer les polypes dans le cadre des tumeurs des fosses nasales.

ZUCKERKANDL, le premier, leur attribua une origine inflammatoire et envisagea une participation sinusienne.

HAJEK, HIRSH, UFFENORDE reprirent cette dernière théorie et établirent nettement la distinction entre sinusite catarrhale et sinusite suppurée. Mais ils divergeaient sur la topographie : ethmoïdite ou sinusite maxillaire ?

Pour WOAKES, les polypes étaient la conséquence d'une ethmoïdite nécrosante. Il subsiste d'ailleurs une forme individualisée sous le nom de maladie de WOAKES.

C'est en France, avec JACQUES, en 1903, qu'apparaît, pour la première fois, la notion de terrain ; notion reprise en 1932 par BOUCHET et LEROUX qui décrivaient cette prédisposition "sous le terme, commode par son imprécision, de diathèse exsudative".

Ils notaient, en faveur de cette théorie, que les causes locales "étaient insuffisantes pour provoquer l'exubérance des polypes récidivants".

En 1946, HALPERN et MADURO fortifient cette notion en étudiant les rapports entre coryza spasmodique et système neuro-végétatif.

En 1951, BOURDIAL, ANDRE et CLERC font un travail d'ensemble sur "l'Allergie naso-sinusienne", dégageant avec netteté la notion de terrain, précisant la clinique et proposant une attitude thérapeutique.

A la même époque, l'Ecole américaine, dans de très nombreuses publications, conclut à la nécessité d'un mécanisme allergique à l'origine de la polypose.

Depuis, ce mécanisme est admis ; mais en dix ans, il faut reconnaître que peu de progrès ont été réalisés. Si la question "Pourquoi ?" a trouvé une réponse, il n'en est pas de même du "Comment ?". La polypose nasale reste mystérieuse, ce qui explique les divergences de vues des auteurs quant à la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, deux notions se sont peu à peu dégagées :

1°- La polypose nasale n'est pas une maladie en soi. Sa formation nécessite un terrain particulier et elle n'est que le symptôme d'un trouble général, humoral.

2°- Une atteinte sinusienne antérieure est indispensable à l'apparition des polypes. C'est pourquoi le terme de "polypose naso-sinusienne" a remplacé la dénomination ancienne de "polype des fosses nasales" (J. BOURDIAL).

LA MALADIE ALLERGIQUE

C'est VON PIRQUET qui a créé le mot "allergie" qui signifie réaction différente.

Il écrivait : "Je suggère le terme allergie pour définir, dans son sens le plus large, la capacité altérée d'un organisme à réagir".

Et, de fait, les substances allergéniques, au moins celles qui se trouvent dans le milieu extérieur, agressent tous les individus ; mais alors que, chez la plupart d'entre eux, l'organisme se défend et s'adapte de façon telle qu'aucun trouble ne se manifeste, chez d'autres, qui "réagissent autrement", cette agression entraîne des désordres plus ou moins graves.

Ces sujets, présentant un terrain prédisposé à réagir de façon anormale, constituent le groupe des allergiques.

o o

L'allergie apparaît donc comme une hypersensibilité réactionnelle. C'est une réaction immunologique du type antigène-anticorps, qui se caractérise par :

- un contact sensibilisant, qui devra parfois être répété et prolongé,
- une période de latence correspondant à la sensibilisation,

- un nouveau contact déclenchant les manifestations cliniques.

I - CONTACT SENSIBILISANT.

L'allergène est généralement une substance étrangère à l'organisme (Le rôle des hormones est à l'étude).

Le plus souvent, c'est une protéine de poids moléculaire élevé, comme la poussière de maison ; mais ce peut être une substance de poids moléculaire plus faible.

Parfois, la protéine n'est que le support du groupe chimique déterminant l'haptène qui, lui, peut être un polysaccharide.

Il faut noter que les allergènes sont souvent des mosaïques antigéniques, provoquant la formation de multiples anticorps.

II - PERIODE DE LATENCE.

De durée variable, elle doit cependant être suffisante pour que l'allergène introduit dans l'organisme ait le temps d'induire la formation d'anticorps.

Cette provocation est une des caractéristiques fondamentales de l'antigène.

Les anticorps sont des gamma-globulines normales qui se transforment sous l'influence de molécules antigéniques et se moulent sur elles.

Ces anticorps persistent après disparition de l'allergène. Il doit y avoir synthèse persistante.

D'ailleurs, en cas de réintroduction de l'allergène, l'ascension du taux des anticorps est plus

rapide et plus élevée que lors de la première introduction.

Les anticorps sont circulants, humoraux ou fixés sur des cellules.

Classiquement, les premiers sont responsables de l'allergie de type immédiat qui peut être mise en évidence par la réaction de PRAUSNITZ-KUSTNER, que nous reverrons plus loin, à propos des tests de diagnostic.

Les seconds témoignent d'une allergie de type retardé.

Ce schéma n'est pas tout à fait exact, car même dans l'allergie humorale, une partie de l'anticorps se fixe sur un tissu qui devient ainsi l'organe de choc.

Alors que, chez l'animal, cet organe de choc est toujours le même pour une espèce donnée, quel que soit l'allergène (les bronches chez le cobaye, par exemple), chez l'homme, il est variable.

Pourquoi sur tel tissu plutôt que sur tel autre ? Il est possible qu'il existe un déterminisme héréditaire.

Il est très vraisemblable, en outre, que c'est l'organe ou le tissu le plus faible de l'organisme qui est "choisi". Les agressions répétées jouent sûrement un rôle et la muqueuse respiratoire se trouve ainsi toute désignée.

Un même anticorps peut réagir avec différents antigènes porteurs du même groupe haptène : il y a alors réaction croisée.

Les anticorps sont classés, selon leurs propriétés, en réagines, anticorps bloquants, anticorps précipitants.

CARACTÈRES des DIFFÉRENTS ANTICORPS

	Réagines	Précipitants	Bloquants
Apparition	Spontanée	Induits par l'antigène	Après désensibilisation
Affinité peau-muqueuse	+	-	0
Chaleur	Détruits	Persistent	Persistent
Placenta	0	+	+
Histamine	+	+	0
Fixation du complément	0	+	+
Electrophorèse			
Vie	mois	semaines	?

N.B.- Les réagines ne peuvent être mises en évidence directement, mais seulement par la réaction de PRAUSTNIZ-KOSTNER.

III - CONTACT DECLANCHANT.

Une nouvelle introduction de l'allergène dans l'organisme provoque la réaction antigène-anticorps. Celle-ci se manifeste sous forme de "conflit" et peut être responsable, selon les cas :

- d'une hémolyse,
- du choc anaphylactique,
- du phénomène d'ARTHUS,
- de manifestations allergiques immédiates ou retardées.

Quoi qu'il en soit, le phénomène est fort com-

plexe et encore mal connu.

Cependant, depuis les travaux de DALE sur l'animal en 1910, on admet qu'il aboutit à la libération d'histamine qui conditionne les signes cliniques.

La sérotonine et l'héparine pourraient également jouer un rôle.

L'histamine provient de l'histidine grâce à l'action d'une enzyme spécifique, l'histidine-décarboxylase. Cette transformation se ferait au sein même des cellules et, d'après HAGEN, toute l'histamine cellulaire se trouve fixée sur les mitochondries.

Les organes qui contiennent le plus d'histamine sont la peau, les muqueuses digestive et respiratoire, donc au niveau de la barrière entre milieu intérieur et extérieur. Dans ces tissus, les mastocytes sont les plus riches en histamine.

La libération de ce médiateur chimique, due au conflit antigène-anticorps, se produit au niveau de l'organe de choc. Elle provoque une lésion vasculaire responsable de l'œdème et de la congestion.

In vitro, le sérum des sujets normaux possède la propriété de fixer environ 50 % de l'histamine libérée. C'est le pouvoir histamino-pexique. Chez les allergiques, on peut assez souvent mettre en évidence que le sérum ne possède pas cette propriété, ou du moins qu'elle est très diminuée. C'est PARROT qui a démontré ce phénomène. Il compare les contractions d'un intestin isolé de cobaye sous l'effet d'une solution d'histamine titrée, à celles obtenues en ajoutant du sérum humain à la préparation.

Si le sérum est normal, les contractions diminuent nettement. Dans le cas du sérum d'un allergique, il y a peu ou pas de modifications. Le pouvoir histamino-pexique est diminué ou nul.

Bien que les résultats ne soient pas toujours en accord avec la clinique, il est intéressant de

noter que ce test nous donne une première réponse à la question : "Pourquoi certains sujets réagissent-ils autrement que la plupart des individus aux mêmes agressions antigéniques" ?

APPLICATION A LA POLYPOSE NASALE

En ce qui concerne la polypose nasale, les allergènes le plus souvent en cause sont les pneumallergènes : poussière de maison, plumes, pollens, plus rarement moisissures et squames d'animaux. Les champignons viennent ensuite : épidermophyton, trichophyton et surtout *Candida albicans*.

Puis les microbes, souvent embusqués dans un foyer O.R.L., les allergènes alimentaires sont à l'étude ; de même, les hormones qui, bien que substances constitutantes de l'organisme, pourraient se modifier et devenir allergéniques, rejoignant ainsi le groupe des maladies auto-immunes.

Les médicaments ne semblent pas souvent responsables. Les anticorps se fixent sur la muqueuse naso-sinusienne qui devient ainsi "organe de choc".

Une nouvelle pénétration d'allergène provoque la réaction antigène-anticorps à ce niveau, avec libération d'histamine, donc oedème et congestion.

Cependant, tous les anticorps ne sont pas fixés. Une grande partie d'entre eux restent circulants et permettent les tests de diagnostic. En effet, l'introduction d'une dose minime de l'antigène correspondant provoque une réaction locale (oedème + rougeur).

1)- La technique la plus couramment utilisée est l'intra-dermo-réaction.

Les allergènes sont plus ou moins dilués.

- Une première méthode consiste à employer l'extrait fourni par les laboratoires spécialisés, dilué au 1/100, 1/1.000, 1/10.000, etc...

- Méthode de RINKEL : à partir de la solution mère, on prépare des dilutions de 5 en 5 fois moins fortes (1/5, 1/25, 1/125, etc.) qui portent les numéros 1, 2, 3, 4, etc...

A condition d'employer une solution suffisamment diluée, il n'y a aucun risque.

Après désinfection à l'alcool à 90°, on fait, sur le bras, des injections intra-dermiques à dilutions différentes, de façon à obtenir une échelle de sensibilité. La réaction est positive quand, après une dizaine de minutes, il s'est formé au point d'injection une papule d'au moins 7 mm, entourée d'une zone érythémateuse que l'on mesure également avec précision.

L'échelle de dilution permet de connaître le seuil de sensibilité qui, nous le verrons plus loin, sert de base à la conduite du traitement.

Si, aux dilutions moyennes, la réaction est négative, on peut, sans danger, pratiquer des tests avec des solutions plus concentrées jusqu'à obtention d'une réaction positive.

2)- Cuti-réaction :

Elle consiste en une scarification de quelques millimètres sur la face antérieure de l'avant-bras, avec un vaccinostyle. Cette scarification ne doit pas saigner. On y dépose une goutte de solution.

Trente minutes après environ, on lit la réaction en la comparant avec une scarification témoin. Elle est positive, quand il s'est formé un placard ortié d'au moins 5 mm de diamètre, entouré d'une

zone érythémateuse. Le placard peut atteindre 30 millimètres, émettre des pseudopodes et être prurigineux.

3)- Epicutanéo-réaction de PAUTRIZEL :

Elle se fait au bras ou à l'avant-bras après dégraissage, comme précédemment.

Avec un vaccinostyle, on fait un quadrillage de scarifications très superficielles qui ne doivent pas toucher la basale. On y dépose l'allergène, puis on assure l'humidification jusqu'à apparition de la réaction cutanée. Celle-ci est de type urticarien. On note son intensité, la précocité de son apparition et sa durée.

4)- Réaction de PRAUSNITZ-KUSTNER :

Déjà évoquée, elle consiste à injecter dans le derme d'un sujet normal 1/10 de cm³ de sérum du sujet à tester.

Vingt-quatre heures après, au même point, on injecte 1/10 de cm³ d'antigène spécifique en solution.

Si la réaction est positive, il se produit un placard ortié entouré d'une zone érythémateuse après une dizaine de minutes. Elle dure environ une heure. Il est bon de pratiquer, en même temps, un témoin à l'autre bras, en injectant 1/10 de cm³ de sérum de sujet non sensibilisé, puis en pratiquant exactement de la même façon 24 heures après.

Cette technique, pourtant très satisfaisante pour l'esprit, est peu employée en raison du risque de transmission de maladies telles que syphilis, paludisme, hépatite virale, etc...

REMARQUES

= Sur les tests cutanés.

- Une réaction positive n'implique pas forcément

ment une sensibilisation clinique. Un autre antigène peut être en cause, en ce qui concerne les troubles étudiés, et on risque alors de se lancer sur une fausse piste.

En effet, la positivité peut refléter une sensibilisation ancienne, ou bien un équilibre plus ou moins fragile, à la merci d'une cause déclenchante :

- excès d'allergène qui déborde le seuil de tolérance,
- abaissement du seuil sous l'effet d'une injection banale, d'un choc émotif, d'un trouble hormonal, d'un facteur climatique.

- Une réaction négative n'écarte pas absolument un allergène, quand la clinique est nettement en sa faveur.

La peau des jeunes enfants, des vieillards, des sujets déshydratés donne de mauvaises réponses.

Il en va parfois de même, sans que l'on sache bien pourquoi, avec des sujets à peau normale. C'est souvent le cas avec les antigènes microbiens ou médicamenteux, et même avec la poussière de maison, bien que ce cas soit rare.

Enfin, il peut s'agir d'une allergie uniquement tissulaire, sans anticorps circulants.

= Sur la muqueuse nasale.

Les tests sont peu employés, mais ont été proposés. Ils pourraient donner des réactions positives, alors que les tests cutanés sont négatifs.

1- L'allergène est appliqué directement sur la muqueuse, en évitant son irritation mécanique.

L'œdème, la congestion, les éternuements, la rhinorrhée traduisent la positivité de la réaction.

2- Certains auteurs ont proposé l'injection de l'allergène dans le cornet inférieur, qui s'œdéma-

tie après un quart d'heure environ, en cas de réponse positive.

o o

Outre les tests cutanés ou muqueux, la polypose naso-sinusienne peut encore être rattachée à la maladie allergique par l'éosinophilie générale et locale.

= Eosinophilie sanguine.

Elle doit être recherchée à plusieurs reprises.

Son absence ne permet pas de rejeter formellement l'origine allergique, car elle manque dans 25 % des cas environ.

En cas de surinfection, elle peut être remplacée par une polynucléose neutrophile.

Cependant, quand elle existe, c'est un excellent signe d'orientation.

D'après SCLAFER, supérieure à 10 %, elle évoquerait une sensibilisation aux pneumallergènes ; aux alentours de 5 %, plutôt une sensibilisation mycosique.

Un chiffre très élevé doit également faire évoquer une parasitose.

= Eosinophilie locale dans les sécrétions nasales.

Celles-ci sont prélevées sur un porte-coton, étalées sur lame, séchées, puis colorées.

Ici encore, l'abondance des éosinophiles est très en faveur de l'origine allergique ; mais en cas de taux normal, les mêmes réserves sont à faire que pour l'éosinophilie sanguine.

Récemment, SHELLEY a mis au point une technique qui consiste à mettre le sérum étudié en présence de basophiles de lapin. La dégranulation des basophiles signerait le caractère allergique du sérum.

Les tests d'agglutination et de déviation du complément ne sont pas utilisés en pratique, car de technique délicate.

Le diagnostic ne sera jamais posé uniquement sur le résultat des tests. Celui-ci sera critiqué en fonction de l'histoire clinique, de la réaction focale qu'ils provoquent et de l'action thérapeutique, comme nous le verrons plus loin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIEGE ET ASPECT MACROSCOPIQUE

Les polypes siègent presque toujours au méat moyen. Cependant, leur présence dans le méat supérieur n'est pas exceptionnelle. Par contre, ils ne s'implantent jamais sur le plancher des fosses nasales, ni sur le cornet inférieur.

Cette localisation préférentielle s'explique par la laxité particulière du stroma de la sous-muqueuse du méat moyen qui se laisse distendre facilement par l'oedème et par la présence, à ce niveau, des ostiums sinusiens.

Les polypes sont rarement solitaires. Leur forme en battant de cloche ou aplatie est fonction de l'espace qui leur est offert par les fosses nasales.

HISTOLOGIE

"Le polype n'est qu'une réaction oedémateuse bénigne du chorion de la muqueuse pituitaire".
(JACQUES).

L'aspect histologique témoigne de l'origine inflammatoire : infiltration de la sous-muqueuse avec polynucléaires, lymphocytes et éosinophiles en proportion variable.

La muqueuse, formée par l'épithélium de la pituitaire, est plus ou moins modifiée : encore cylin-

drique et ciliée, ou transformée en épithélium pavimenteux stratifié.

Ces caractères n'ont pas permis une classification étiologique histologique valable des polypes. En effet, les aspects sont polymorphes selon les malades et variables dans le temps chez le même malade.

Cependant, les éléments inflammatoires, les modifications du chorion, la forme et le nombre des vaisseaux néoformés ont permis à LEROUX et DELARUE de les classer en quatre groupes :

1/- Polypes oedémateux. Les plus fréquents.

L'épithélium est intact ou peu modifié.

Le tissu conjonctif est distendu par l'oedème qui lui donne un aspect alvéolaire, avec des zones de nécrose fibrinoïde. Leucocytes et lymphocytes, en grand nombre, se localisent sous l'épithélium. Au niveau du pédicule, les vaisseaux néoformés sont en général peu nombreux.

2/- Polypes éosinophiles.

Ici, les éléments cellulaires sont exclusivement des polynucléaires éosinophiles. L'oedème est particulièrement important. C'est le type du polype allergique dont le diagnostic est alors pratiquement certain.

3/- Granulome polypeux.

L'inflammation est décelable jusqu'en surface. La partie profonde est constituée par du tissu granuleux, lié à une grosse prolifération du conjonctif riche en bourgeons charnus et en vaisseaux néoformés.

4/- Polypes - Tumeurs.

Ce groupe n'entre pas dans le cadre de la polypose naso-sinusienne. Il en existe plusieurs types :

a- Adénomateux : avec grosse prolifération des glandes acineuses.

b- Angiomateux : avec nombreux vaisseaux néoformés, à paroi peu résistante, souvent caverneux, sans gros phénomènes inflammatoires. Ce sont les polypes saignants de la cloison.

DETERMINATION HISTOLOGIQUE DE LA NATURE ALLERGIQUE DE LA POLYPOSE

Nous avons déjà vu l'importance de l'éosinophilie locale.

L'oedème, témoin essentiel de la réaction allergique, est dû à la vaso-dilatation et à l'augmentation de la perméabilité artériolaire et capillaire que provoque la libération locale d'histamine, lors de la réaction antigène-anticorps.

Partant du fait qu'à un stade avancé du phénomène allergique, les manifestations neuro-végétatives sont constantes, MAFER a recherché des éléments cellulaires neuro-vasculaires et neuro-sécrétoires dans les granulomes polypeux.

L'imprégnation argentique par la méthode de JABOUERO, dérivée de celle de BIELCHOWSKI, lui a permis de mettre en évidence des cellules contenant des granulations argentifères.

Le protoplasme de ces cellules argentophiles laisse supposer un métabolisme neuro-sécréteur qui est l'expression d'une allergie tissulaire.

Pendant la phase proprement allergique, les lésions restent réversibles.

Mais l'infection vient se surajouter tôt ou tard, créant de nouvelles lésions : métaplasie de l'épithélium, épaississement de la basale, thromboses vasculaires. L'oedème s'infiltré de tissu de

sclérose. Les éosinophiles diminuent, pendant que polynucléaires neutrophiles et mononucléaires augmentent considérablement. Os et périoste peuvent même s'épaissir.

Ces lésions dues à l'infection sont, quant à elles, irréversibles.

É T U D E C L I N I Q U E

SIGNES FONCTIONNELS

Obstruction nasale

C'est le signe majeur de la polypose. Elle constitue une gêne permanente, de plus en plus importante, pouvant entraîner l'insomnie. Elle peut s'accompagner d'une impression de clapet. Elle est plus accentuée pour les polypes postérieurs.

Elle entraîne une respiration buccale avec ses conséquences : irritation pharyngée, paresthésies à type de brûlures, toux spasmodique. La voix devient nasonnée.

Le mauvais fonctionnement des trompes d'Eustache peut être à l'origine d'une hypoacousie.

Il faut noter que si la gêne peut être considérable, il n'y a pas de vraie douleur : les céphalées sont inconstantes, même en cas de participation sinusienne ; il est assez rare de retrouver les algies habituelles.

Pourtant, une tension péri-orbitaire, une pesanteur médio-frontale, la gêne respiratoire provoquent à la longue une diminution de l'activité intellectuelle et psychique, mal supportée par le malade.

Anosmie

Partielle et intermittente au début, elle tend

à devenir permanente et totale, pouvant s'accompagner de troubles du goût.

Elle peut céder à l'ablation des polypes, mais aussi persister longtemps et même être définitive.

Eternuements - Rhinorrhée

Ils précèdent l'apparition des polypes et tendent à s'atténuer quand ceux-ci sont constitués. Il faut rechercher ces signes par un interrogatoire soigneux.

Mais les sécrétions, gênées par l'imperméabilité nasale, s'accumulent dans le cavum, y provoquent un catarrhe qui ne peut que s'aggraver. Les malades toussent, font des efforts répétés pour cracher, souffrent au prix de nausées.

On comprend qu'à la longue, ces sujets qui respirent et dorment mal, qui sont privés de l'odorat et parfois du goût, qui ressentent une constante gêne pharyngée, perdent patience et deviennent irritables. Leur activité se trouve diminuée. Ils demandent avec véhémence qu'on les soulage.

Examen

L'élargissement de la racine du nez, dû à la présence des polypes, est rare, quoique possible. Par contre, il est assez fréquent de les détecter par examen direct des orifices narinaires ou par relèvement du lobule du nez.

Rhinoscopie

Antérieure. La polypose, lorsqu'elle est allergique, est bilatérale, mais asymétrique. Une fosse nasale est plus obstruée que l'autre.

Parfois, la lésion est discrète et doit être recherchée dans le méat moyen, sous un cornet moyen

hypertrophié dont la muqueuse pâle est peu rétractile.

Les polypes peuvent se présenter comme de petites masses molles, sessiles, blanchâtres, qui correspondent à l'ethmoïdite oedémateuse de BOUCHET et LEROUX (Ces auteurs ont montré que la muqueuse des cellules ethmoïdales est également lésée).

Dans ce cas, les troubles fonctionnels sont peu importants ; les malades, peu gênés, ne viennent pas forcément consulter. Ils n'y manquent pas, au contraire, quand la gêne est très importante, et c'est probablement pourquoi l'Oto-rhino-laryngologiste se trouve en fait, le plus souvent, en présence d'une polypose évidente.

Les fosses nasales sont obstruées par des masses lisses, arrondies, en battant de cloche ou aplaties. L'atteinte est bilatérale. Quand elle semble unilatérale, l'examen soigneux du côté "sain" découvrir pratiquement toujours, au niveau du méat moyen, les petites masses précédemment décrites.

Les polypes ont une teinte pâle ou rosée. A l'examen au stilet, ils sont insensibles et gélatineux. Leur pédicule s'insère au méat moyen. Leur nombre est souvent difficile à apprécier, tant ils sont tassés les uns contre les autres. On est souvent surpris par l'importance de leur volume lors de l'ablation. Leur muqueuse se rétracte mal sous adrénaline.

Le cornet moyen est difficile ou même impossible à voir. Le cornet inférieur, hypertrophié, est recouvert d'une muqueuse épaissie, délavée, lisse, suintante. Il est tuméfié à sa partie postérieure, formant les "queues de cornets", visibles en rhinoscopie postérieure.

Donc, la muqueuse passe par différents stades :

- Au début, oedémateuse, suintante, elle réagit aux vaso-constricteurs ;
- Elle devient ensuite pâle, atone, sans réaction

aux vaso-constricteurs ;

- En cas de surinfection, elle prend un aspect rouge et granuleux ;
- Après un stade prépolypeux, c'est celui de la polypose confirmée.

La sécrétion suit la même évolution : à la rhinorrhée aqueuse du début, succède un mucus souvent très collant, qui devient du muco-pus, puis du pus franc.

Parfois, les choanes sont comblées par des polypes postérieurs. Les polypes du méat supérieur sont invisibles en rhinoscopie antérieure, et c'est encore la rhinoscopie postérieure qui les mettra en évidence.

SIGNES ASSOCIÉS

1/- Dans la sphère O.R.L.

L'examen des sinus est un geste essentiel, car la participation de la muqueuse sinusienne est constante et d'ailleurs préexistante.

La diaphanoscopie est d'interprétation difficile, car l'opacité peut être légère. Souvent bilatérale, elle ne permet pas l'examen comparatif. D'ailleurs, un sinus plein de polypes peut s'éclaircir normalement. Il convient donc de ne tenir compte que des résultats positifs.

La radiographie doit être systématique, car elle permet, seule, le bilan de l'atteinte sinusienne. Elle doit porter sur tous les sinus, avec étude particulière des maxillaires et de l'ethmoïde. Les autres sont plus rarement atteints.

Pour BOURDIAL, sinus maxillaires et ethmoïdaux antérieurs sont lésés anatomiquement dans presque tous les cas (90 %), l'ethmoïde postérieur dans 40 % des cas, le frontal dans 10 % des cas, le sphénoïde dans 20 à 25 % des cas.

On demande trois incidences : front - nez, nez - menton, Blondeau (c'est-à-dire nez - menton), Bouche ouverte, qui dégage ethmoïde postérieur et sphénoïde. Hirtz, profil, tomographies ne seront demandés que pour préciser des images incertaines.

L'opacité radiologique est constante, nous l'avons vu, encore que d'intensité variable et très labile. Elle peut varier d'un examen à l'autre chez le même malade. Cela s'explique aisément par la fugacité de l'oedème, particulière aux phénomènes allergiques et qui a permis à certains auteurs de nier la participation de la muqueuse sinusienne.

Théoriquement, les différences avec la sinusite suppurée banale sont les suivantes :

a)- Dans la sinusite allergique : opacité bilatérale, souvent atteinte de tous les sinus, images variables dans le temps.

Parfois, les parois sont bordées sur toute leur surface par une opacité qui leur est parallèle, mais dont la limite endo-sinusienne est irrégulière, floue, bosselée par des saillies arrondies, homogènes, qui sont la traduction radiologique des polypes. Les parois osseuses peuvent être amincies. Elles sont masquées par l'oedème de la muqueuse.

La constatation d'un niveau liquide est exceptionnelle.

b)- Dans la sinusite suppurée banale : l'opacité a beaucoup moins tendance à être bilatérale ou pansinusienne. Elle reste stable d'un examen à l'autre.

La muqueuse est moins oedématisée, moins irrégulière ; ses limites internes sont plus parallèles aux parois osseuses qui sont épaissies, surtout si l'atteinte est ancienne.

En réalité, la différenciation est souvent difficile, et c'est le contexte clinique qui donnera leur valeur aux images.

Dès qu'il y a surinfection, les caractères allergiques purs disparaissent. Cependant, l'examen radiologique prouvera la participation sinusienne et pourra apporter une confirmation à la clinique.

Il convient de noter que les caractères allergiques décrits plus haut sont très difficiles à apprécier dans le frontal, à peu près impossibles pour l'ethmoïde.

L'examen lipiodolé peut apporter des précisions quand la radiographie simple ne suffit pas à confirmer le diagnostic. Le produit opaque est introduit par ponction pour le sinus maxillaire, par la méthode de PROETZ pour les autres sinus, en sachant que l'oedème péri-ostial peut gêner sa pénétration.

En cas d'atteinte sinusienne, le lipiodol reste écarté du contour osseux. Pour CLERC, un écartement de plus de 2 mm signe la nature pathologique de la muqueuse.

LE MEE et BOUCHET ont coloré le lipiodol avec du vert de méthyle et étudié la valeur fonctionnelle de la muqueuse en mesurant le temps d'élimination du produit par les cils vibratiles. Au-dessus de 72 heures, il y a retard et donc lésion. Il nous semble que l'examen au lipiodol ne doit pas être pratiqué de façon systématique, ni même fréquente chez des sujets qui sont souvent polysensibilisés et dont on ignore les réactions à l'iode.

2/- Autres manifestations allergiques.

a)- Nous avons vu que les signes de rhinite spasmodique (éternuements en salves et rhinorrhée, sans parler de l'obstruction nasale qui reste le signe majeur) précèdent très souvent la polypose et sont à rechercher par l'interrogatoire.

b)- La toux spasmodique est très fréquente, favorisée par le mouchage postérieur.

c)- L'eczéma nous semble assez rarement concomitant (celui du conduit auditif externe doit être recherché lors de l'examen O.R.L.). Par contre, il n'est pas rare que l'interrogatoire en trouve trace dans les antécédents.

En ce qui concerne l'urticaire, les réponses sont plus vagues. Presque tous les sujets ont en quelques crises, mais quel sujet "normal" peut affirmer n'en avoir jamais eu ... ? Seuls, l'urticaire chronique et l'œdème de Quincke sont intéressants à démasquer, comme témoins du terrain allergique. Ils ne se laissent pas oublier, et les réponses des malades étant plus précises, on peut avancer que l'association est très peu fréquente.

d)- L'asthme, enfin, est le point important sur lequel doit insister l'interrogatoire.

Asthme et polypose nasale sont, en effet, souvent associés de façon patente.

Parfois, l'asthme a disparu depuis un temps plus ou moins long; mais cela n'est rassurant en aucune manière : un geste intempestif ne doit pas être l'occasion de ranimer une aussi grave maladie et la responsabilité du médecin est grande. Sa décision thérapeutique doit être pesée avec prudence. Nous y reviendrons à l'occasion du traitement.

D'autres fois enfin, il n'y a pas d'antécédents d'asthme. Ici encore, il convient d'agir en s'entourant de précautions, car il peut être latent et se révéler à l'occasion de l'agression que constitue, par exemple, une intervention chirurgicale, même minime.

Une tendance à l'essoufflement, des bronchites à répétition devront retenir l'attention et imposer les mêmes précautions que l'association franche.

3/- La surinfection.

Au bout d'un certain temps d'évolution, elle apparaît, transformant les caractères de l'affection et pouvant en rendre le diagnostic plus difficile, comme nous l'avons déjà vu en ce qui concerne les sinusites. A noter qu'elle peut être unilatérale, au moins au début.

Presque toujours subaiguë, elle ne provoque que peu de douleurs et se traduit essentiellement par une rhinorrhée purulente abondante. Celle-ci entraîne un catarrhe suppuré du cavum, puis une infection bronchique descendante, avec son risque d'essaimage.

Devant un tel tableau, il est parfois difficile de remonter à la véritable cause et la sanction thérapeutique peut s'en trouver faussée. En effet, si, dans les meilleurs cas, un traitement banal vient à bout de la surinfection, c'est dans l'éventualité de sa persistance, ce qui n'est pas rare, qu'il faudra envisager une intervention tendant à supprimer la muqueuse pyogène.

o o

EVOLUTION

Deux tendances la dominent :

- celle qu'ont les polypes à grossir, provoquant une obstruction nasale totale insupportable ;

- celle qu'ils ont à récidiver après ablation, après un temps très variable et imprévisible. Il est très rare que la polypose ne récidive pas après une seule éradication.

Dans les cas les plus favorables, deux éventualités peuvent se présenter :

a)- les éradications doivent être répétées, mais à des intervalles de plus en plus longs, et tout se passe comme si cette mystérieuse maladie "s'essouf-

dlait" ;

b)- ou bien la polypose reste supportable et stable, et il n'est pas nécessaire d'intervenir.

Malheureusement, en règle, la polypose augmente et récidive.

Le pronostic est fonction, non seulement de ces tendances évolutives, mais aussi du degré de dégénération de la muqueuse, de l'importance de la surinfection et de l'atteinte sinusienne.

o o

FORMES CLINIQUES

POLYPE CHOANAL

Mystérieux, non allergique, il est unique et prend naissance dans le sinus maxillaire où il se développe. Puis, il franchit l'ostium maxillaire en formant un pédicule étroit et gagne les choanes où il s'épanouit. Il a donc un aspect en bissac.

Il gêne au maximum la respiration, en donnant une impression de clapet à l'expiration. Il n'existe ni éternuement, ni rhinorrhée.

Souvent peu visible en rhinoscopie antérieure (intérêt d'une bonne rétraction muqueuse), c'est essentiellement la rhinoscopie postérieure qui montrera la masse unilatérale, bloquant une seule choane, pouvant descendre très bas dans le cavum, atteignant parfois le bord inférieur du voile.

Son aspect lisse et jaunâtre permet de le distinguer de l'hypertrophie lobulée d'une queue de cornet qui peut d'ailleurs coexister.

L'ablation simple au serre-noeud peut être suivie d'un succès définitif.

En cas de récédive, l'attitude doit être nuancée. La sanction devrait alors être une intervention sur le sinus, mais elle n'est pas absolument impérative ; doivent être prises en considération : la rapidité de la récédive, l'importance de l'atteinte sinusienne, appréciée au mieux sur la radiographie lipiodolée, la répugnance du malade à se faire opérer. Une seconde ablation simple peut, en effet, être durable et même définitive.

Par contre, des récédives itératives ou la surinfection sinusienne conduiront à une intervention sur le sinus maxillaire et à la vérification des autres sinus.

FORMES DE L'ENFANT

La polypose naso-sinusienne a été constatée, quoique à titre exceptionnel, chez le nouveau-né. Elle est rarement retrouvée dans la deuxième enfance avec, comme caractère particulier, d'être souvent unilatérale, avec participation ethmoïdale.

La "polypose récédivante et déformante des jeunes" de WOAKES est rare. C'est une atteinte bilatérale à évolution rapide, refoulant les parois osseuses, ce qui entraîne une déformation de la face et un élargissement de la racine du nez. Après extraction, la récédive est très rapide.

A l'origine de ce processus d'ethmoïdite nécrosante bilatérale, JACQUES a invoqué la syphilis. Mais la sérologie est négative et le traitement n'est pas actif.

BOUCHET et LEROUX le font entrer dans le cadre du syndrome de KARTAGENER : dextrocardie, dilatation des bronches, polypose nasale bilatérale.

GARDERE remarque la fréquence de l'association : dilatation des bronches et bouchons épidermiques.

MOUNIER-KUHN, sous le terme d'"ethmoïdo-antrites", a étudié, chez les enfants de 3 à 7 ans, l'association dilatation des bronches, atteinte nasale, bouchons cérumino-épidermiques.

La polypose représente, dans 5 % des cas, l'atteinte nasale.

o o

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La question ne se pose qu'en cas d'atteinte unilatérale (et nous avons vu combien cette éventualité est rare) et de formation unique. Alors peuvent être discutés un papillome, un adénome, exceptionnellement un sarcome pédiculé ou une tumeur nerveuse.

En cas de localisation postérieure, le fibrome naso-pharyngien ou "polype saignant de la puberté masculine" de SEBILEAU, ne peut être confondu longtemps.

Quant aux polypes charnus, rouges, des sinusites suppurées, ce sont des granulomes inflammatoires. Du pus sourd du méat. Ils régressent souvent rapidement sous l'influence du traitement antibiotique.

Le seul vrai problème concerne les "polypes d'accompagnement". En effet, toute affection du nez ou du sinus peut s'accompagner de polypes secondaires qui peuvent d'ailleurs la masquer : c'est le cas du corps étranger, des lésions syphilitiques ou tuberculeuses, des tumeurs malignes (épithélioma ethmoïdo-maxillaire de l'adulte, tumeur conjonctive de l'enfant).

Cette association a pu faire parler de dégénérescence secondaire de la polypose, ce qui semble en réalité tout à fait exceptionnel.

En cas d'atteinte bilatérale (immense majorité des cas, nous l'avons vu), le diagnostic est évident. Le seul problème est celui du bilan : importance de la polypose, de l'atteinte sinusienne, de l'infection et des autres manifestations allergiques avec gravité

toute particulière des formes respiratoires qu'il convient de ne pas méconnaître.

En effet, si bien souvent le malade déclare qu'il est asthmatique, soit spontanément, soit à l'interrogatoire, dans d'autres cas c'est un long passé de rhinite spasmodique qui confirme la nature allergique et doit faire craindre un asthme latent.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et c'est alors que l'interrogatoire prend toute sa valeur. Il doit être patient, au besoin répété à plusieurs séances, et surtout précis.

Il porte sur les antécédents personnels et familiaux :

a)- Personnels : eczéma, prurigo de BESNIER, urticaire, oedème de Quincke confirment le terrain allergique, même en dehors de l'atteinte des voies respiratoires.

b)- Familiaux : les mêmes affections sont à rechercher soigneusement dans les deux lignées ascendantes et dans la fratrie.

Donc, l'interrogatoire est le point essentiel pour fonder le diagnostic.

Il ne l'est pas moins en ce sens qu'il permet la prise de contact avec un sujet anxieux, impatient, qui désespère de voir son état jamais amélioré. Quand il aboutit chez l'allergologue, c'est en général après un long passé de malaise, de grande fatigue. Il a demandé le soulagement à de nombreux médecins, parfois à la médecine parallèle.

Son activité a diminué peu à peu. Il est souvent découragé. Il a besoin qu'on soit attentif à ses ennuis, qu'on lui redonne l'espoir.

Le contact médecin - malade est donc, ici, particulièrement important. C'est d'une véritable prise

en charge, au sens psychiatrique, qu'il s'agit.

□ □

A ce moment de l'enquête, il faut essayer de confirmer l'allergie, par les tests (au besoin par la réaction de PRAUSNITZ-KUSTNER), la formule sanguine, le pouvoir histamino-pexique.

Un signe de valeur est une éosinophilie marquée dans la muqueuse qui recouvre les polypes et dans le liquide endo-sinusien, quand il existe.

Il va sans dire qu'un examen général sérieux est indispensable, ici, comme dans toutes les disciplines.

La recherche de foyers infectieux peut être de toute première importance, car l'allergie microbienne, bien qu'admise avec plus ou moins d'enthousiasme par les auteurs, ne peut guère être mise en doute quand l'éradication du foyer, suivie de désensibilisation, arrête l'évolution.

Quand le foyer microbien est retrouvé au niveau des sinus, il est bien difficile de décider s'il est le point de départ de l'allergie ou, au contraire, le terme de l'évolution par l'intermédiaire de la surinfection.

Il ne faudra jamais perdre de vue que, chez un tel malade allergique, le moindre traumatisme peut déclencher des catastrophes, et c'est en s'entourant de précautions que l'on passera à l'action thérapeutique.

T R A I T E M E N T

Il est très controversé et aucune thérapeutique ne fait l'unanimité.

Il faut avouer que les résultats de l'ablation sont souvent décevants : fréquentes récidives après éradication, parfois aggravation d'un asthme patent ou latent.

Cependant, il nous semble qu'on a parfois exagéré ce dernier point : si l'on envisage le nombre de malades atteints de polypose naso-sinusienne qui se présentent dans les services ou chez les spécialistes d'oto-rhino-laryngologie, et celui des résultats fâcheux, on est bien obligé de constater qu'un tel pessimisme est excessif.

Il n'en reste pas moins que les interventions chirurgicales doivent être pratiquées "a minima" et en s'entourant de précautions, faute desquelles la maladie allergique risque de faire une flambée et, lorsqu'il s'agit d'une entrée dans l'asthme en particulier, la responsabilité du praticien est certaine.

Avant tout, il convient de garder présentes à l'esprit certaines notions :

1)- Si les malades atteints de polypose sont très gênés et impatients d'être soulagés, ce ne sont pas de grands malades et leur vie n'est pas en danger.

2)- S'ils sont asthmatiques, ce n'est pas la conséquence de leurs polypes, mais ceux-ci peuvent aggraver leur état bronchique.

3)- Le traitement proposé sera fonction de la ténacité de la polypose. Si des éradications à intervalles éloignés suffisent à la rendre tolérable, il ne saurait être question de pratiquer une intervention sur les sinus.

Le but étant de "ne pas nuire" et l'intervention chirurgicale grevée de lourdes menaces et point du tout assurée d'amener la guérison, il faut tout tenter pour l'éviter.

Si, pourtant, la chirurgie devient nécessaire, la technique sera soigneusement pesée.

Avant de s'y résoudre, plusieurs moyens d'action nous sont offerts. Chacun est peu efficace, il faut l'avouer, mais leur emploi simultané et prolongé permet quelques succès.

A/- Il faut, avant tout, agir sur les facteurs associés :

a)- l'infection surajoutée, par un traitement antibiotique bien conduit et suffisamment prolongé (ou par courtes cures répétées), en évitant la pénicilline et ses dérivés, ou par vaccinothérapie.

b)- la psychologie du malade, en essayant de lui faire prendre son mal en patience, en le soutenant et surtout en traitant l'état névrotique, si souvent rencontré chez les allergiques.

c)- l'environnement : par suppression des plumes de sa literie, par exemple.

B/- Petits moyens, tels que :

- cautérisation chimique.

- coagulation des cornets. BOURDIAL a mis au point une électrode spéciale qui permet de ne toucher que la muqueuse malade et d'éviter ainsi un traumatisme important et la formation ultérieure de synéchies.

Il propose l'éradication au tire-noeud des polypes, lorsque ceux-ci deviennent trop gênants, puis "l'électro-dessiccation" de la base d'implantation. Il n'est pas rare que la muqueuse se reforme saine.

- En cas de participation sinusienne, désinfection locale en profondeur.

C/- Action sur le terrain :

- non spécifique par les oligo-éléments ou les globulines, qui peuvent avoir une action passagère.

- spécifique par désensibilisation. Celle-ci sera longue et, dans l'état actuel de nos connaissances, elle ne semble pas suffisante pour faire fondre les polypes.

Pourtant, elle représente un appoint considérable et nous croyons qu'elle peut être efficace dans la prévention des rechutes.

Elle n'aura quelques chances de succès que si l'on a fait table rase auparavant. Ceci peut signifier l'éradication d'un foyer infectieux qui entretient la maladie allergique.

a)- L'amygdalectomie doit être évitée autant que possible. Si, pourtant, des amygdales cryptiques représentent un réservoir de germes, il faudra se résoudre à l'intervention. Celle-ci sera pratiquée sous corticoïdes et anti-histaminiques, lesquels seront administrés quelques jours avant et après.

b)- En cas de participation sinusienne prouvée par ponctions, on tentera la désensibilisation.

En cas d'échec, ou si l'atteinte sinusienne surinfectée semble être à l'origine de la relance d'un asthme, il faudra avoir recours à la chirurgie.

Les interventions sanglantes classiques sont à éviter en principe, d'abord en raison du traumatisme qu'elles provoquent, et aussi parce qu'elles ne permettent nullement de promettre la guérison.

SCHEMA DU TRAITEMENT

Après avoir fait table rase de l'infection surajoutée, il convient d'envisager deux cas :

I - LA POLYPOSE EST IMPORTANTE,

elle obstrue complètement les fosses nasales.

S'il n'existe pas d'allergie respiratoire patente, on commence par la levée des barrages. L'ablation des polypes sera pratiquée sous corticoïdes. Après anesthésie locale, à la solution de Bonain ou à la xylocaïne, les polypes sont enlevés un à un, au serre-noeud. Celui-ci peut être difficile à glisser si les masses sont en grand nombre et tassées les unes contre les autres. Le pôle inférieur du polype est renflé et l'anse doit être resserrée à mesure qu'elle se rapproche du pédicule étroit.

Il est essentiel d'agir sans brutalité et de savoir multiplier les séances, de façon à limiter le traumatisme.

Les petits polypes en voie de formation, au niveau du méat moyen, seront respectés ou coagulés. Quand la tête du cornet moyen est couverte de polypes, il faut prendre garde de ne pas l'abîmer en les arrachant ; on vérifiera la complète libération des choanes par rhinoscopie postérieure. Le tamponnement est inutile.

Cette ablation soulage le malade, mais nous

avons vu que l'origine est sinusienne et la récurrence est de règle. Afin de la retarder, BOURDIAL propose la coagulation de la région du méat moyen. Il utilise une pince bipolaire mousse dont la forme est adaptée à son usage.

Avec cette technique, non seulement il retarde la réapparition des polypes, mais il n'a jamais eu à déplorer de nécrose osseuse consécutive.

D'autres auteurs utilisent l'ionisation au zinc lorsque la plaie est cicatrisée, répétée quinze jours après.

D'autres encore, surtout aux Etats-Unis, emploient une aiguille de radium de 50 milligrammes, laissée trois heures dans chaque fosse nasale. Une semaine à dix jours plus tard, l'opération est répétée dans les mêmes conditions.

La résection de cloison a été souvent préconisée en complément de l'ablation des polypes, afin de rétablir la perméabilité nasale.

Elle ne se justifie que très rarement, quand la déviation est telle que la respiration s'en trouve très perturbée et ne saurait être améliorée par d'autres moyens. La notion d'épine irritative (crête de cloison, par exemple) est complètement abandonnée aujourd'hui.

Action sur les cornets :

L'électrocoagulation est la méthode de choix, à l'exclusion de toute résection osseuse ou muqueuse. Elle permet la destruction de la muqueuse dégénérée, surtout au niveau de la queue des cornets inférieurs.

Dans la plupart des cas, les coagulations de la tête du cornet moyen permettent d'éviter l'ablation de celui-ci, alors qu'il est hypertrophié et dégénéré.

Rappelons que ces interventions ne visent qu'à rétablir la perméabilité nasale et ne peuvent, en

aucun cas, laisser espérer une guérison. Un traitement de désensibilisation spécifique sera donc tenté, après que le ou les antigènes responsables auront été mis en évidence par les méthodes déjà indiquées.

Une échelle de sensibilité est établie et l'on attaque un peu au-dessous du seuil. Le but recherché est de faire peu à peu tolérer à l'organisme des doses croissantes d'antigène et de l'amener ainsi à ne plus réagir à l'introduction en quantités "naturelles" de celui-ci.

La progression est lente, guidée par les réactions locales et focales suivant l'injection précédente. Dans les cas les plus favorables, on peut augmenter régulièrement la dose de 50 % d'une injection à l'autre.

Chez des sujets sensibles, on ne peut ajouter que 10/100 de ml à chaque fois, mais cela sans difficultés particulières.

Cependant, bien souvent, les choses ne sont pas aussi simples : il faut tâtonner pour déceler la dose minimum favorable (l'expérience de l'allergologue prend là toute son importance) et l'on a parfois bien du mal à déceler si l'on se trouve en surdosage, ou si, au contraire, on est encore dans la zone infra-liminaire. En effet, si les tests cutanés indiquent, comme nous l'avons vu, le seuil de sensibilité, et cela dans la grande majorité des cas, il en est d'autres où la désensibilisation ne "marche" qu'à des dilutions très inférieures, par exemple. Il faut alors savoir décrocher, se passer de ce qui devrait être et s'en tenir aux faits, c'est-à-dire aux réactions du malade.

Le rythme des injections est, en principe, d'une par semaine. Après un certain temps de traitement, si la progression a pu se faire sans incidents, on espace les séances.

Discussion des résultats de la désensibilisation

Il faut avouer que très rares sont les cas où l'on parvient à faire fondre les polypes.

Par contre, une désensibilisation bien conduite stabilise souvent la polypose, quand elle est devenue tolérable pour le malade, freine considérablement la repousse des polypes et évite d'avoir recours à des moyens plus brutaux.

La polypose nasale, maladie allergique, est liée au terrain sur lequel il est essentiel d'agir parfois en priorité, et toujours de façon concomitante. C'est dire que la désensibilisation sera toujours associée au traitement, le précédant ou lui succédant.

Cependant, pour agir sur le terrain, et particulièrement lorsque le temps presse (quand le malade est extrêmement gêné, par exemple), on peut avoir recours aux anti-histaminiques et aux corticoïdes. Répétons que ces substances doivent presque toujours être employées en complément de toute intervention, fût-elle minime, telle que la coagulation des cornets, afin d'éviter l'aggravation ou l'apparition d'un asthme.

= Anti-histaminiques :

Ils visent à neutraliser l'histamine libérée par le conflit antigène-anticorps et ont aussi une action sur les phénomènes vaso-moteurs.

Leurs effets secondaires (somnolence) et leur efficacité varient selon les malades, et il ne faut pas conclure à leur inefficacité sans en avoir essayé plusieurs. Leur nombre est assez important pour que cela constitue parfois un problème de choix.

= Corticoïdes :

Leur action peut être très spectaculaire. Les masses polypoïdes diminuent de volume et les ma-

lades se sentent très rapidement améliorés.

Pourtant, ils sont à éviter le plus possible, car, outre les incidents et accidents classiques qu'ils peuvent provoquer, ils n'ont pas d'effet durable. Dès que l'on cesse de les administrer, les polypes réapparaissent, si leur effet n'est pas prolongé par une désensibilisation bien conduite.

Les malades soulagés par eux de façon si appréciable ont souvent tendance à verser dans la corticomanie et le médecin se trouve alors confronté avec des problèmes qu'il ne pourra parfois résoudre que par une désintoxication en milieu hospitalier, l'aide du psychiatre ou l'emploi de placebos.

Malgré ces réserves, l'emploi des corticoïdes, par voie locale et surtout par voie générale, constitue un précieux secours : la rhinorrhée se tarit, la muqueuse reprend un aspect normal, puis les polypes diminuent (sauf s'ils sont anciens et fibreux). Il est rare qu'ils fondent complètement.

Le résultat est donc rapide, parfois spectaculaire, mais incomplet, peu durable, et les inconvénients d'une telle thérapeutique doivent, répétons-le, la faire réserver aux périodes aiguës où le malade "n'en peut plus".

Action sur les sinus :

La désobstruction nasale n'agit que sur un symptôme. Nous avons vu que les polypes prenaient naissance dans les sinus. Il est relativement rare qu'une désensibilisation correcte, le traitement de l'infection, l'emploi des anti-histaminiques et des corticoïdes obligent, devant un échec total, à agir à leur niveau. Si tel est pourtant le cas, on n'aura recours à la chirurgie que la main forcée et avec toutes les réserves précédemment exprimées.

C'est presque exclusivement la surinfection tenace qui pourra amener à poser l'indication opératoi-

re, d'autant plus que, dans ce cas, une allergie microbienne peut se surajouter.

Chirurgie :

Les interventions par voie nasale sont à éviter, car mutilantes.

Il faut agir par la voie maxillaire qui respecte l'architecture du nez. Elle permet le curage du sinus maxillaire, l'ethmoïdectomie éventuelle et parfois la vérification du sphénoïde ; l'action sur le frontal est à éviter.

Insistons encore une fois sur le caractère exceptionnel que doit garder l'intervention sur les sinus, et voyons la deuxième éventualité, celle où :

II - LA POLYPOSE NASALE EST MODEREE.

a)- Si le malade est peu gêné, on essaiera de le maintenir dans cet état par la désensibilisation spécifique.

C'est dans cette éventualité qu'elle nous semble avoir le plus d'intérêt, car c'est alors qu'elle agit le mieux. Rappelons que, si elle ne fait pas fondre les polypes, il n'est pas rare qu'elle les empêche de croître et de se multiplier.

b)- S'il existe une participation évidente des voies respiratoires basses, soit ancienne, soit alternante, soit même concomitante, le traitement allergologique doit être tenté en premier lieu.

Ce n'est qu'en cas d'échec de celui-ci, lorsque les polypes continuent à évoluer et constituent une véritable gêne respiratoire, que l'on pratiquera leur éradication.

CONCLUSIONS

Lorsque l'oto-rhino-laryngologiste se trouve en présence d'une polypose naso-sinusienne, son attitude ne peut être univoque.

1/- En cas d'obstruction nasale totale, il doit parer au plus pressé et rétablir la perméabilité de la voie respiratoire haute en pratiquant l'éradication des polypes, suivie de l'électro-dessiccation des pédicules d'implantation. Ceci après un interrogatoire attentif, qui lui permettra de s'entourer des précautions indispensables, puis d'envoyer son malade à l'allergologiste qui pratiquera des tests et s'occupera de la désensibilisation spécifique. Celle-ci sera longue, fastidieuse, assez peu souvent efficace, mais elle a seule quelques chances d'agir sur la cause de l'affection.

Dans les meilleurs cas, elle empêche la repousse des polypes.

Le recours à la chirurgie sur les sinus ne sera envisagée qu'en dernier ressort, et surtout en cas d'infection rebelle à l'action médicale.

2/- Si la polypose est modérée ou en cas d'atteinte patente des voies respiratoires basses, le traitement allergologique doit être entrepris en priorité, en réservant l'éradication des polypes aux échecs de la désensibilisation spécifique.

Celle-ci a ici ses meilleures indications : il

n'est pas rare que les masses polypeuses cessent d'augmenter de volume, que l'œdème de la muqueuse diminue peu à peu, rendant ainsi la perméabilité nasale suffisante.

Parfois même, les polypes sèchent et s'atrophient. Ils disparaissent exceptionnellement tout à fait, mais la maladie devient très supportable. Si tel n'est malheureusement pas le cas, si la respiration nasale reste impossible avec son cortège de désagréments, si le malade se décourage, il nous semble juste qu'à son tour, l'allergologue sache faire appel à l'oto-rhino-laryngologue.

Sans arrêter la désensibilisation, en agissant sous corticoïdes et anti-histaminiques, on envisage l'éradication des polypes en plusieurs fois et sans brutalité.

Celle-ci sera utilement complétée par l'électro-dessiccation et par la coagulation légère de la muqueuse dégénérée des cornets et surtout des queues de cornets (BOURDIAL).

En cas d'allergie microbienne évidente ou d'angines à répétition, on aura le droit de pratiquer l'amygdalectomie, de même que, chez l'enfant, l'adénoïdectomie en cas d'otites répétées. Il ne faut cependant pas tomber dans l'illusion que la respiration sera améliorée par l'ablation des végétations et que celle-ci aura ainsi une action favorable sur l'asthme.

Quelle est donc l'action de la désensibilisation spécifique sur la polyposé naso-sinusienne ?

- Elle est tout à fait exceptionnellement curatrice.
- Elle stabilise parfois une polyposé modérée.
- Elle est capable d'empêcher la récédive ou, au moins, de la retarder.

Elle constitue donc un apport de valeur, mais n'a pas résolu le problème du traitement de la polypose de façon définitive.

Cependant, elle permet de nuancer l'attitude thérapeutique et de ne plus pratiquer systématiquement l'ablation d'emblée des masses polypeuses.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de
l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. CORDIER

Le Président
de la thèse,

M. AUBRY

B I B L I O G R A P H I E

- ANDRE P.- Les sinusites maxillaires chroniques atypiques de l'adulte.- Thèse Paris, 1943, Arnette, édit., Paris.
- ANTONOVA N.A.- Morphology of allergic nasal polyps.- Vestn. Otorinolaring, 25, Mars-Avril 1963, p. 17-23 (Rus.).
- BERDAL P.- Serological examinations of nasal polyp fluid ; serological findings compared with structural and clinical features of polyps.- Acta Otolaryng., Suppl. 115, 1954, p. 1-147.
- BERDAL P., OLHAGEN B.- Protein pattern in polyp fluid (compared to blood gammaglobulin) and cellular infiltration of nasal polyps.- Scand. J. Clin. & Lab. Invest., 7, 1955, p. 35-42.
- BLAIS R.- Nasal polyposis.- Un. Med. Canada, 89, Juin 1960, p. 741-745 (Fr.).
- BLUMSTEIN G.I., TUFT L.- Allergy, treatment of recurrent nasal polyposis : its importance and value.- Amer. J. Med. Sc., 234 (3), Septembre 1957, p. 269-280.
- BOETTE G., WEISSE W.- Rhinogenic diseases of the paranasal sinuses in infants and small children. With special reference to cases of the Munich

University Clinic for ear, nose and throat diseases.- Mschr. Ohrenheilk, 96, Mai/Juin 1962, p. 239-242 (Ger.).

BOURDIAL J.- La polypose nasale.- Cahiers Coll. Méd. Hôp. (Paris), 5 (1), Janvier 1964, p. 23-26.

BOURDIAL J., CLERC P. et ANDRE P.- L'allergie naso-sinusienne.- Rapport au Congrès de la Société Française d'O.R.L., 1951.

BOURDIAL J.- Polypose naso-sinusienne.- Encyclopédie médico-chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie, Mars 1953.

BOURDIAL J.- Le polype choanal.- Problèmes actuels d'Oto-rhino-laryngologie, 1964.

CHERKASSKII L.A.- Changes in the epithelium of nasal polypi.- Vop. Onkol. 7 (12), 1961, p. 55-62. (Rus.).

CHOPPY E.- Indications opératoires O.R.L. chez les allergiques.- Annales d'O.R.L. 1962, 79, 1, 117-122.

CHODYNICKI S.- Histochemical studies on nasal polypi after cortisone therapy.- Pol. Tyg. Lek., 15-16 Septembre 1960, p. 1482-1485. (Pol.).

CLERICI E., LEONARDELLI G.B., PIZZETTI F.- Histopathologic, pathogenesis, histochemistry and clinical aspects of polypoid hyperplastic rhinosinusitis.- Arch. Ital. Otol. 66, Novembre / Décembre 1955, p. 849-868.

COUSSIEU P.- La polypose nasale.- Actualités O.R.L., 1954.

- DIAMANT M., OTTOSSON B.G.- Radical pansinus operations in cases of nasal polyps : a follow-up study.- A.M.A. Arch. Otolaryng. 65 (5), Mai 1957, p. 449-453.
- DISHOECK H.A. (Van) - Hyperplastic sinusitis and nasal polyps.- Ned. T. Geneesk, 105, 24 Janvier 1961, p. 1229-1233. (Dut.).
- DJLOWITZ D.A., DOUGHERTY T.F.- Nasal polyposis.- Arch. Otolaryng. (Chicago), 74, Août 1961, p. 171-177.
- ECKEL W.- Investigations of the problem of relationship between chronic polypous sinusitis and bronchial asthma.- Arch. Ohr. Kehlkopfheilk, 176, 1960, p. 450-453 (Ger.).
- FIRBES G., BRADLEY A.- Fatality resulting from intranasal polypectomy.- J. Laryng., 73, Juillet 1959, p. 445-447.
- FOX S.L.- Polypi in relation to nasal sinusitis.- Eye, Ear, Nose & Throat Monthly, 35, Août 1956, p. 492-496.
- GASTON A., HERSCHBERG A.D.- Recurring nasosinusal polyposis of endocrine origin.- Ann. Otolaryng. (Paris), 77, Juin 1960, p. 497-498 (Fr.).
- GOLDMAN H.B., BOHCALI A.- Hemangiomatous polyps of the septum.- Laryngoscope, 73, Mars 1963, p. 281-287.
- GUTTERIDGE E.- Surgical diathermy in the treatment of polyposis.- M. J. Australia, 1, 28 Février 1953, p. 298-299.
- HARDY G.- The choanal polyp.- Ann. Otol. Rhinol., 66

(2), Juin 1957, p. 306-326.

HARPMAN J.A.- Modern managements of nasal polyposis.-
Eye, Ear, Nose & Throat Monthly, 38, (1), Janvier
1959, p. 41-44.

HARPMAN J.A.- Treatment with comments on frontal si-
nus surgery.- A.M.A. Arch. Oto-laring., 96,
59, Juin 1954, p. 655-671.

HENOCH E. et BOUCHE J.- L'allergie microbienne en O.
R.L.- Actualités O.R.L., 1961.

HLAVACEK V.- Bacterial allergy as a cause of nasal
polyps.- Allerg. Asthma (Leipzig), 8 Octobre
1962, p. 195-201. (Ger.)

HLAVACEK V., LOJDA Z.- Mast cells in the mucous mem-
brane of the upper respiratory tract during
normal and pathological states.- Acta Oto-
laryng. (Stockholm), 56, Mars/Avril 1963,
p. 182-191.

HOLLENDER A.R.- Regrowth ; successful plan for its
prevention.- Eye, Ear, Nose & Throat Monthly,
32, Novembre 1953, p. 635-638.

HOLLENDER A.R.- Polypi : causes of recurrence ; effec-
tive control.- Eye, Ear, Nose & Throat Monthly,
34, Octobre 1955, p. 665-669.

HOLLENDER A.R.- Recurring nasal polyposis ; a ratio-
nal procedure for its prevention.- A.M.A.,
Arch. Otolaryng., 67, (5), Mai 1958, p. 515-520.

HOLLENDER A.R.- Nasal polyps. Review of current con-
cepts and procedures for prevention of recur-
rence.- Eye, Ear, Nose & Throat Monthly, 41,
Novembre 1962, p. 912-925.

- HOTCHKISS W.T.- Influence of prednisolone (adrenocortical preparation) on polyposis with anosmia ; preliminary report.- A.M.A. Arch. Otolaryng. 64, Décembre 1956, p. 478-479.
- KAWAI J.- A bleeding nasal polyp.- Otolaryngology (Tokyo), 33, Septembre 1961, p. 799-801 (Jap.).
- KINDLER W.- Bleeding polypi of septum.- Arch. Ohren Nasen u Kehlkopf. 164, 1954, p. 365-371.
- KOFLER E., HUSSAREK M.- Constitutional factors of polypi.- Krebsarzt, 9, Avril 1954, p. 89-94.
- KORBIS F.B.- The surgical treatment of recurrent nasal polypi.- A.M.A., Arch. Otolar., 67, (1), Janvier 1958, p. 32-39.
- KORBIS F.B.- The treatment of recurrent nasal polypi by intero-external window ethmoidectomy.- J. Laryng., 73, Juillet 1959, p. 424-435.
- KRASSNIG M.- On the pathogenesis of ethmoid bone polyposis.- Arch. Ohr. Nas. Kehlkopfheilk, 176, 1960, p. 453-455 (Ger.).
- KOTYZA F., SCHMIDOVA A.- Surgical intervention in the nose and paranasal sinuses in allergic states.- Cesk. Otolaryng., 10, Décembre 1961, p. 336-340. (Cz.).
- KRAJINA Z.- Polyposis of the nose.- Rad. Jugosi Akad. Znam. Odjel. Med. (Zagreb), 5. (Rad. 307), 1955, p. 85-109.
- KUBICZKOWA J., WINIARSKI L.- Therapeutic results in chronic sinusitis and nasal polypi by the trans-antral approach.- Otolaryng. Pol. 15, 1961, p. 483-486 (Pol.).

- LAKIEWICZ (A.- Some contributions to the therapy of polyposis nasi allergica.- Revue Laryng.(Bordeaux), 79 (3/4), Mars/Avril 1958, p. 204-12 (Fr.).
- LAGRUE R.- Données générales sur l'allergie.- France Médicale, Novembre 1960, N° 9.
- LAVIN PADRON A.- Surgical therapy of suppurative disorders and generalized polyposis of paranasal sinuses.- Med. Latina 14, Octobre/Décembre 1955, p. 319-332.
- LAVAL P., GERARD R., ARDISSON J., FELICIANO J.- 2 families : observations of Woskes' syndrome with bronchiectasies and pulomnary fibrosis.- J. Franç. Méd. Chir. Thor. 14, 1960, p. 585-590 (6). (Fr.).
- LUKAN J., KILVANOVA H.- The cold test as a diagnostic aid in allergic diseases of the respiratory tract.- Cesk. Otolaryng., 10, Décembre 1961, p. 333-335. (Cz.).
- MACLAREN W.R.- An evaluation of triaminic and hydrocortisone in the treatment of nasal allergy, nasal polyposis and asthma.- Ann. Allergy, 17, Juillet/Août 1959, p. 46-56.
- MACLAREN W.R.- Nasal polyposis.- Med. Times, 87, Novembre 1959, p. 1519-1522.
- MAJER E.H.- Histological changes in allergic hyperplastic polypous rhinopathy.- Acta Otolaryng. (Stockh.), 51, Mars 1960, p. 268-274. (Ger.).
- MARCO J., ESTEBAN F.- Contribution to the histochemical study of nasal polyps.- Acta Otorinolaryng. Iber. Amer., 13, 1962, p. 362-375 (Sp.).

MELON J.- The composition of the edema fluid in allergic polyps of the nose.- Acta Allerg. (Kbh.), 15, 1960, p. 287-292. (Fr.).

MERKLEN F.P. et BERTHAUX P.- Bases générales de l'immunopathologie.- Revue du Praticien, 11, 5, 1960, T. X, N° 14.

MERKLEN F.P.- Allergie et hypersensibilité.- Revue du Praticien, 11-5-1960, T. X, N° 14.

MOUNIER-KUHN P.- Allergie et infection des voies aériennes supérieures.- P.T.C., Novembre 1960.

MYERS D.- Experiences in the treatment of the allergic nasal polyp by the intrapolyp injection of prednisolone T.B.A.- Laryngoscope, 68, (1), Janvier 1958, p. 1-17.

NASAL POLYPS - Mechanism of formation and possible causes of recurrence.- Eye, Ear, Nose & Throat Monthly, 40, Juin 1961, p. 415.

NORRIS H.J.- Papillary lesions of the nasal cavity and paranasal sinuses. I- Exophytic (squamous) papillomas. A study of 28 cases.- Laryngoscope, 72, Décembre 1962, p. 1784-1797.

OLMER J., MONGIN M., SERRATRICE G.- Association of bronchial dilatation and Woakes' diseases ; 2 cases in brothers.- Marseille Méd., 91, 1954, p. 199-206.

OWEN W.E.- The treatment of nasal polyposis.- Ann. Allergy, 17, Juillet/Août 1959, p. 557-561.

PANEBIANCO G., MANARA E.- Papillary hyperplastic sinusitis.- Otorinolaring. Ital. 30, Juillet 1961, p. 267-297. (It.).

- PARROT J.L.- Le pouvoir histamino-pexique du plasma sanguin chez l'homme normal et chez l'homme allergique.- IIIe Congrès Intern. Allergologie, Flammarion, Paris, 1958, 411-431.
- PASTEUR-VALLERY-RADOT - Précis des Maladies allergiques, 1 vol.- Flammarion, édit., 1949.
- PAUTRIZEL R. et Coll.- A propos de l'allergie en rhinologie.- Revue de Laryngologie, 1955, 1-2.
- PIETRANTONI L.- Surgical therapy of hyperplastic polypoid rhino-sinusitis, late results.- Arch. Ital. Otol., Suppl. 13, 64, 1953, p. 1-30.
- PIRODDA E., ORRU P.- Observations and considerations on the nature and significance of so-called bleeding polyps of the septum.- Arch. Ital. Otol. 70, Juillet/Août 1959, p. 527-555.(It.).
- REYNOLDS D.F., GROVES H.J.- A clinical and radiological study of choanal polypi.- J. Fac. Radiologists (Londres), 7, (4), Avril 1956, p. 278-285.
- RUDIGER W.- Treatment of nasal polyps and chronic diseases of the paranasal sinuses.- Zschr. Laryng. 38 (6), Juin 1959, p. 422-430.
- SANDERS S.H.- Infectious and allergic nasal polyps.- Eye, Ear, Nose & Throat Monthly, 41, Mars 1962, p. 224-225.
- SAMTER M.- Nasal polyps. An inquiry into the mechanism of formation.- Arch. Otolaryng. (Chicago), 73, Mars 1961, p. 334-341.
- SAMTER M.- Nasal polyps ; their relationship to allergy, particularity to bronchial asthma.-

Med. Clin. N. Amer. 42 (1), Janvier 1958, p.175-179.

SCLAFFER S.- L'allergie à Candida Albicans (Clinique, diagnostic, traitement).- Sem. Hôp. 1957, 33, 21, 1330-1339.

SMITH A.T., DECKER J.P.- Papillary lesions of the nose and sinuses.- Ann. Otol., 71, Juin 1962, p.511-524.

STIERLEN G.- On the surgery to solitary choanal polypi.- Z. Laryng. Rhinol. Otol., 38, Octobre 1959, p. 710-712 (Ger.).

STOLL H.G.- Spleen extract treatment of vasomotor, allergic rhinitis and nasal polyps.- H.N.O., 11, Mai 1963, p. 151-152. (Ger.).

TAILLENS J.P.- Polyposis of nose and sinuses, pathogenesis and therapeutic deductions.- Pract. Oto-rhino-laryng., 15, 1953, p. 211-242.

VAN DE CALSEYDE P.- L'interdépendance de l'allergie infectée du nez et des bronches.- Congrès International d'O.R.L., 1961.

VAN DISCHOECK, H.A.E.- L'allergie et l'infection des sinus paranasaux.- Congrès International O.R.L., 1961.

WEILLE F.L.- The evaluation and treatment of nasal polyposis.- Med. Clin. N. Amer., 42 (5), Septembre 1958, p. 1283-1290.

WOAKES, APPAIX, ROBERT J.- Relapsing deforming polyposis of young people (Woakes).- Rev. Laryng., 74, Mars/Avril 1953, p. 216-254.

WIRTH G.- Deformities of the nasal bones due to poly-
posis of the nose and paranasal sinuses.- Med.
Welt. 28, 13 Juillet 1963, p. 1452-1454 (Ger.).

WOLFROMM R. et LIACOPOULOS P.- Les méthodes de diag-
nostic biologique en allergie.- Revue du Pra-
ticien, Juillet 1955.

WOLFROMM R. et Coll.- Allergie.- Gazette Médicale
de France, Juillet 1962, 13.
